FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

ANNÉE 1895 — 1896 N° 18.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

SARCOMES DES PARTIES MOLLES

DE LA RÉGION PLANTAIRE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 20 Novembre 1895

PAR

Jean ROCHE

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à Plestin-les-Grèves (Côtes-du-Nord), le 17 Mai 1870

Examinateurs de la Thèse..	MM. DEMONS	professeur	*Président*
	PIÉCHAUD	professeur	
	VILLAR	agrégé	*Juges*
	BRAQUEHAYE	agrégé	

Le Candidat répondra à toutes les questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

BORDEAUX

IMPRIMERIE DU MIDI, P. CASSIGNOL

91, RUE PORTE-DIJEAUX, 91

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

ANNÉE 1895 — 1896 N° 18.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

SARCOMES DES PARTIES MOLLES

DE LA RÉGION PLANTAIRE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 20 Novembre 1895

PAR

Jean ROCHE

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à Plestin-les-Grèves (Côtes-du-Nord), le 17 Mai 1870

Examinateurs de la Thèse..	MM. DEMONS	professeur	*Président*
	PIÉCHAUD	professeur	
	VILLAR	agrégé	*Juges*
	BRAQUEHAYE	agrégé	

Le Candidat répondra à toutes les questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

BORDEAUX

IMPRIMERIE DU MIDI, P. CASSIGNOL

91, RUE PORTE-DIJEAUX, 91

1895

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS

M. MICÉ.....
AZAM..... } Professeurs honoraires

	Messieurs
Clinique interne	PICOT. PITRES.
Clinique externe	DEMONS. LANELONGUE.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Thérapeutique	ARNOZAN.
Médecine opératoire	MASSE.
Clinique d'accouchements	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique	COYNE.
Anatomie	BOUCHARD.
Anatomie générale et Histologie	VIAULT.
Physiologie	JOLYET.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Physique	BERGONIÉ.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pharmacie	FIGUIER.
Matière médicale	de NABIAS
Médecine expérimentale	FERRE.
Clinique ophtalmologique	BADAL.
Clinique des maladies chirurgicales des enfants	PIÉCHAUD.
Clinique gynécologique	BOURSIER.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE	
Pathologie interne et Médecine légale	MESNARD. CASSAET. AUCHE. SABRAZÈS. Le DANTEC.
SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS	
Pathologie externe	VILLAR. BINAUD. BRAQUEHAYE.
Accouchements	RIVIÈRE. CHAMBRELENT.
SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES	
Anatomie	PRINCETEAU. CANNIEU.
Physiologie	PACHON.
Histoire naturelle	BEILLE.
SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES	
Physique	SIGALAS.
Chimie et Toxicologie	DENIGES.
Pharmacie	BARTHE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique int. des enf.	MM. MOUSSOUS	Maladies mentales	MM. RÉGIS.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DUBREUILH	Pathologie externe	DENUCE
		Accouchements	RIVIÈRE
Cliniq. des maladies des voies urin.	POUSSON	Chimie	DENIGÈS
Mal. du larynx, des oreilles et du nez	MOURE		

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

ET DE MON ONCLE G.-J. ROCHE

A MON PÈRE

Témoignage de reconnaissance.

A MON FRÈRE FRANÇOIS ROCHE

DOCTEUR EN MÉDECINE

A MES PARENTS

A MES AMIS DU CORPS DE SANTÉ DES COLONIES
ET DE LA MARINE

A MES MAITRES DE LA MARINE

ET DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR DEMONS

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

DE BORDEAUX

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

AVANT-PROPOS

Pendant le cours de nos études médicales, il nous a été donné d'observer, dans le service de M. le profsseur Demons, un cas intéressant de sarcome de la plante du pied ; c'est ce qui nous a donné l'idée, engagé que nous avons été du reste dans cette voie par M. le docteur Chavannaz, chef de clinique chirurgicale, de traiter le sujet qui nous sert de thèse inaugurale.

Il n'existe pas, que nous sachions, de travail d'ensemble sur cette question. Plusieurs observations relatives à ce sujet ont été cependant publiées depuis environ une quarantaine d'années.

Nous nous sommes appliqué à les réunir, et c'est d'après ces faits que nous avons essayé d'écrire l'histoire clinique des sarcomes des parties molles de la plante du pied. C'est ce travail que nous présentons aujourd'hui à l'indulgence de nos juges.

Avant d'aborder notre sujet, qu'il nous soit permis de remercier bien vivement notre maître, M. le professeur Demons, qui a bien voulu accepter la présidence de notre

thèse, après nous avoir fait l'honneur de nous recevoir comme stagiaire dans son service.

M. le docteur Chavannaz nous a souvent aidé de ses conseils. Nous l'assurons de toute notre gratitude.

Notre ami, M. le docteur Brachet, médecin de la marine, nous a prêté son concours obligeant pour de nombreuses traductions, nous le prions d'accepter tous nos remercîments.

DIVISION DU SUJET

Après un aperçu rapide de l'anatomie de la région plantaire, nous donnerons les observations que nous avons trouvées dans les différents recueils périodiques. Puis, nous basant sur ces observations, nous étudierons successivement et dans autant de chapitres différents l'étiologie, la symptomatologie, l'anatomie pathologique, la marche, le pronostic, le diagnostic et le traitement des sarcomes de la plante du pied.

Dans un dernier chapitre enfin, nous donnerons nos conclusions.

ANATOMIE

On désigne sous le nom de région plantaire la face inférieure du pied depuis le talon jusqu'à la base des orteils. (*Dic. sc. méd.* Dechambre.)

Rétrécie en arrière au niveau du talon, elle s'élargit successivement d'arrière en avant jusqu'aux orteils. Ses bords sont, l'externe, épais et arrondi, l'interne mousse. Celui-ci, vers le milieu de sa longueur, est fortement excavé. Il en résulte que, lorsque le pied appuie sur le sol il ne porte pas sur toute l'étendue de la surface plantaire, mais seulement sur les saillies métatarsiennes, sur son bord externe et sur le talon.

Les éléments qui composent la plante du pied sont très nombreux. On y trouve tout d'abord trois couches enveloppantes : la peau, la couche graisseuse sous-cutanée et l'aponévrose plantaire. La peau est glabre, immobile, douée d'une vive sensibilité, très fine dans les points où elle ne subit pas de pression, très épaisse au contraire au niveau des piliers de la voûte, c'est-à-dire le talon et la tête des premier et cinquième métatarsiens. A chacun de ces piliers correspond une bourse muqueuse normale. La peau est doublée d'une couche de tissu adipeux fort épaisse, surtout dans les points destinés à supporter la pression.

L'aponévrose plantaire est extrêmement résistante. Etendue

du calcanéum à la racine des orteils et d'un bord du pied à l'autre, elle présente la forme d'un triangle dont le sommet est en arrière et la base en avant. Elle se divise en trois portions continues entre elles par leurs bords : une moyenne et deux latérales.

Aux bords latéraux de l'aponévrose plantaire moyenne correspondent deux dépressions liées à l'existence de deux cloisons intermusculaires qui se détachent à ce niveau de sa face profonde. De cette disposition résulte la division de la plante du pied en trois loges : une médiane et deux latérales.

La loge latérale interne contient l'adducteur et le faisceau externe du court fléchisseur du gros orteil, le tendon du long fléchisseur propre.

La loge latérale externe renferme l'abducteur, le court fléchisseur du petit orteil et le dernier interosseux plantaire.

La loge moyenne, la plus large et la plus profonde des trois, contient le court fléchisseur commun des orteils, l'accessoire du long fléchisseur commun; les lombricaux, les tendons du long fléchisseur commun et les muscles abducteur oblique et transverse du gros orteil.

Cette loge contient, en outre, les vaisseaux et les nerfs plantaires.

Les vaisseaux, issus de la tibiale postérieure, sont la plantaire interne et la plantaire externe avec ses branches : interosseuses et perforantes plantaires.

Les nerfs proviennent du nerf tibial postérieur. Ce sont le plantaire interne et le plantaire externe et leurs branches.

Les vaisseaux lymphatiques, très nombreux, aboutissent pour la plupart aux ganglions de l'aine; quelques-uns se rendent aux ganglions situés dans le creux du jarret. (Tillaux. *Anatomie topographique*, p. 1094 et suiv.).

OBSERVATIONS

Observation I.

(Prise dans le service de M. le professeur Demons, par M. Chavannaz, interne).

B.... Marthe, soixante-trois ans, ménagère, entrée le 3 novembre, sortie le 20 novembre 1893.

Antécédents héréditaires. — Père mort accidentellement. Mère morte à soixante-quatorze ans, après avoir présenté des phénomènes de gastrite, accompagnés d'hématémèses.

Antécédents personnels. — Bonne santé habituelle ; deux zonas intercostaux l'un il y a vingt ans, l'autre il y a un an. Elle a été opérée le 10 août 1893, d'un sarcome développé dans le muscle extenseur commun des orteils. Ce sarcome avait débuté il y a environ trois ans.

Histoire de la maladie. — Il y a un an environ, en marchant vite, le pied gauche est sorti du soulier et a porté sur le contrefort de la chaussure. La malade a ressenti une vive douleur et a trouvé le soir en se couchant une petite tuméfaction du volume d'une lentille, siégeant au point traumatisé. La peau ne présentait aucune altération ; il n'y avait pas d'ecchymose. La tumeur gênait peu la malade, puisqu'elle n'a pas attiré sur elle l'attention du chirurgien en août 1893. Dans ces derniers temps, la tumeur a subi un accroissement rapide et

est devenue douloureuse. A l'heure actuelle, la malade éprouve, lorsqu'elle est au lit, une sensation de cuisson étendue à toute la face plantaire. Elle ne souffre pas beaucoup en marchant, à moins qu'elle ne vienne à appuyer directement sur sa tumeur.

Etat actuel. — A la face plantaire gauche, vers le milieu du bord interne de l'aponévrose plantaire, on sent une petite tumeur, du volume d'une noisette, à contours bien limités, dure et douloureuse au toucher. Les mouvements de flexion du pied rendent la tumeur moins apparente, ceux d'extension au contraire la font saillir. La peau, au niveau de la tumeur, n'est pas adhérente et n'a subi aucune modification.

Le 8 novembre, anesthésie par le chloroforme. Incision. La tumeur est saisie au moyen d'une pince de Museux et l'ablation en est faite au bistouri. Trois points de suture sont appliqués.

Le 13 novembre, le pansement est refait. Pas de pus; deux points de suture sont enlevés. La pression sur la ligne de section est extrêmement douloureuse.

Le 16 novembre, le dernier point de suture est enlevé. Pansement sec. Les mouvements de flexion du pied sont un peu douloureux. La malade quitte l'hôpital sur sa demande, le 20 avril 1893; elle marche très facilement.

Examen histologique. — La tumeur examinée au microscope se montre composée de cellule effilées à leurs extrémités. Vaisseaux capillaires à parois embryonnaires. Il s'agissait donc d'un sarcome fasciculé.

Depuis son départ de l'hôpital, nous avons plusieurs fois essayé de revoir la malade; mais, malgré toutes nos recherches, il nous a été impossible de la retrouver.

Observation II

Tumeur fibro-plastique de la plante du pied gauche. Récidive. Nouvelle ablation. Erysipèle. Guérison.

Chaumet. (Union méd. de la Gironde 1856)

Marie A..., cinquante-sept ans, entre à l'hôpital le 8 janvier 1856. Elle présente à la partie interne du pied gauche, vers l'attache du jambier antérieur, une petite tumeur douloureuse à la pression, aplatie, bosselée, dure, sillonnée transversalement par une cicatrice. Cette tumeur n'est pas parfaitement limitée : c'est une agglomération de plusieurs petites tumeurs ; elle comprend la peau près de la cicatrice; elle est sous-cutanée dans les autres points ; elle a environ 2 centimètres d'avant en arrière et 5 centimètres transversalement. L'an dernier une première ablation a été faite : le produit pathologique était un tissu fibro-plastique; le mal a récidivé.

M. Chaumet fait une nouvelle opération le 17 janvier. Deux incisions semi-elliptiques embrassant la peau malade, permettent de disséquer et d'enlever plusieurs lobules mal circonscrits, disséminés dans ce tissu cellulo-fibreux qui sépare la peau de l'aponévrose qui recouvre le court adducteur du gros orteil. « Ces lobes et lobules, d'un tissu rosé, sont formés par l'agglomération de cellules fusiformes mais surtout de noyaux offrant presque tous une longueur triple de la largeur, et très souvent recourbés en S. » Examen fait par le docteur Sainte-Marie. Erysipèle débutant autour de la plaie et envahissant tout le membre inférieur, fièvre intense ; évacuants. Après l'érysipèle, la plaie, aujourd'hui cicatrisée, n'a présenté rien de particulier.

Observation III

Sarcomes de la plante du pied et de la face dorsale de la main gauche. Ablation. Réunion immédiate. Guérison rapide.

(Péan. *Clinique chirurgicale*, t. VI, p. 1.262.)

Ernest A..., quarante-deux ans, voiturier, entre le 4 juillet 1884,

salle Nélaton. Père mort d'un cancer de l'estomac. Mère morte d'un cancer de l'utérus. Sœur morte à quarante-deux ans d'un cancer de l'estomac. Lui-même est alcoolique, mais n'a pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Bonne santé habituelle. Il y a trois ans, sans cause connue, apparition d'une tumeur à la plante du pied. Développement lent et progressif. Impossibilité de mettre une chaussure. Marche sur la pointe du pied. Il y a deux ans, apparition d'une tumeur sur la face dorsale de l'index gauche, développement progressif ; indolence.

Etat actuel. — La plante du pied gauche est le siège d'une tumeur du volume d'une pomme d'api, siégeant entre le bord interne du pied et son axe médian antéro-postérieur, en arrière des têtes des deuxième et troisième métatarsiens. Elle est arrondie, globuleuse, et légèrement étranglée à sa base, offrant ainsi une certaine tendance à la pédiculisation. La surface est convexe, arrondie, lisse et unie, sans bosselures apparentes. La peau qui la recouvre, tendue et amincie, n'offre ni changement de coloration, ni vascularisation anormale, ni changement apparent de structure. Au toucher la tumeur offre une consistance uniforme, charnue, franchement sarcomateuse, sans points ramollis ou fluctuants.

Elle paraît située dans le tissu cellulaire sous-cutané, mais ses limites ne sont pas très nettes; il existe, en effet, à son pourtour, une zone mollasse et pâteuse qui rappelle par sa consistance celle de certains angiomes. La masse morbide ne contracte pas d'adhérences avec la peau, elle est mobile sur les couches profondes. Le squelette, les articulations et les gaines tendineuses n'ont aucun rapport avec elles. Indolence, sinon à la pression. Sur la face dorsale de la première phalange de l'index gauche, tumeur ovoïde, offrant la même consistance sarcomateuse et la même situation superficielle.

5 juillet. — Ablation de la tumeur du doigt, puis de la tumeur de la plante du pied. On sectionne celle-ci avec le bistouri d'avant en arrière dans toute son épaisseur, de façon à enlever par morcellement

les deux moitiés. L'ablation est des plus simples, mais il existe à son pourtour un tissu angiomateux que nous enlevons avec soin par voie de dissection afin d'éviter la récidive. Suture des lèvres de la plaie. Pansement de Lister.

Examen histologique. — Tumeur sarcomateuse, dont le tissu a subi une transformation muqueuse, qui fait croire à un myxome. Les portions sarcomateuses sont cependant très nettes; l'élément principal est le corps fibro-plastique; il n'y a que peu de cellules à l'état embryoplastique ou nucléaire. L'affection marche donc lentement. La zone vasculaire qui entourait la tumeur est constituée par un tissu angiomateux, à vaisseaux très fins et à mailles très étroites. Suites de l'opération favorables.

11 juillet. — Réunion complète par première intention. Guérison.

Observation IV

Tumeur fibro-plastique ayant récidivé dans les tendons.

(Broca. *Gazette des hôpitaux,* Paris, 1856, p. 468.)

M. Broca présente à la Société de chirurgie une pièce provenant d'une jeune fille à qui il a coupé la jambe la veille.

Cette jeune fille avait subi quinze mois auparavant l'amputation de Chopart pour une tumeur fibro-plastique de la partie antérieure du pied. La récidive s'est produite sur le moignon au bout d'environ cinq mois, et a donné lieu à une tumeur qui a fini par acquérir un volume presque égal à celui des deux poings. La peau, quoique fort distendue, avait partout conservé son intégrité. La tumeur présentait plusieurs bosselures, et ne paraissait pas remonter plus haut que les malléoles. L'état général était excellent.

M. Broca, pour diminuer les chances de récidive, résolut de scier les os à cinq travers de doigt au-dessus de la ligne articulaire.

. . . . . .

Il trouva dans le moignon, à la partie antérieure de l'espace interosseux, à la place du tendon du jambier antérieur, une masse cylindrique indurée qui présentait l'apparence d'un tissu fibro-plastique.

Contrairement à tout ce qu'on pouvait prévoir, et malgré l'intégrité absolue de toutes les parties environnantes, l'affection fibro-plastique s'était prolongée dans le tendon du jambier antérieur, très au-dessus des limites apparentes du mal. Dès qu'il eut constaté cette disposition, M. Broca, sans attendre que la malade fut réveillée, se hâta de pratiquer une nouvelle amputation à la partie supérieure de la jambe. Cette fois, les chairs du moignon étaient dans une intégrité parfaite, et la plaie fut réunie par première intention.

L'examen du membre amputé a révélé des particularités très curieuses dont il n'existe jusqu'ici aucun exemple dans la science : ce sont les tendons divisés par l'amputation de Chopart qui ont été le siège primitif de la récidive. Les tendons des extenseurs, du jambier antérieur, du jambier postérieur et des deux péroniers latéraux viennent se perdre dans la masse fibro-plastique, où on peut les suivre jusqu'à une petite distance de la cicatrice. Ils sont tuméfiés, présentent une couleur grise, une consistance lardacée et un volume considérable. Le tendon du jambier postérieur offre, dans une étendue de 5 centimètres, le volume du petit doigt. Celui du long péronier latéral est plus gros que le pouce, et celui du jambier antérieur a près de 2 centimètres de diamètre. Tous sont assez exactement cylindriques, à l'exception du tendon du long péronier latéral qui présente plusieurs bosselures arrondies. Deux de ces tendons se détachent de la tumeur principale, et l'altération dont ils sont le siège remonte à une distance notable au-dessus des limites apparentes du mal. La maladie du long péronier latéral occupe toute la longueur de la coulisse dans laquelle glisse ce tendon sur le côté externe du calcanéum et derrière la malléole voisine.

Mais le tendon du tibial antérieur est bien plus curieux encore ; il est transformé dans toute sa longueur en une sorte de boudin fibro-plastique, cylindrique, lisse à sa surface, et le tissu cellulaire qui l'environne est sain. Cette altération remonte jusqu'à l'extrémité supérieure du tendon et s'arrête brusquement au niveau de l'union du tendon avec la partie charnue du muscle qui n'a subi aucune altération.

Au voisinage de la cicatrice de l'ancienne amputation de Chopart, les tumeurs fibro-plastiques des divers tendons se confondent en une masse commune très volumineuse, bosselée, qui, en plusieurs points, a envahi le tissu cellulaire environnant, mais qui a partout respecté l'aponévrose et la peau. La masse fibro-plastique se prolonge sous le calcanéum, qu'elle a envahi de bas en haut, et dont elle a ainsi en partie détruit le tissu. L'astragale n'est point envahi. La tête de cet os est soudée avec celle du calcanéum. L'articulation tibio-tarsienne et l'articulation calcanéo-astragaléenne antérieure sont ankylosées, l'articulation calcanéo-astragaléenne postérieure est intacte.

Observation V

Tumeur congénitale du pied. Amputation sus-malléolaire chez un enfant nouveau-né.

(Nélaton. *Gazette des Hôpitaux* Paris 1855, p. 185.)

Dans ces derniers jours, on a présenté à la consultation de M. le professeur Nélaton un enfant atteint d'une affection curieuse à plus d'un titre.

Cet enfant était né de la veille, et au moment de la naissance on s'aperçut qu'il portait au pied une tumeur pour laquelle ses parents venaient consulter M. Nélaton. Cette tumeur, de la grosseur du poing, occupait la plante du pied. Elle paraissait presque

tout entière surajoutée à la face inférieure des os ; en outre elle envoyait des prolongements en arrière le long du tendon d'Achille et à la face dorsale du pied, où elle formait encore une couche assez épaisse, de sorte que le tarse, et surtout le métatarse étaient comme plongés au milieu de cette tumeur. Les orteils la dépassaient en avant. Les parties molles du pied, muscles, vaisseaux, etc. conservaient leurs rapports normaux avec les os. La tumeur était sous-cutanée. Les téguments étaient distendus, amincis, vascularisés ; des veines assez volumineuses étaient développées dans l'épaisseur de la peau. A la partie inférieure et en arrière se trouvait une ulcération fongueuse qui donnait passage à une grande quantité de sang. Cette hémorrhagie était assez abondante pour compromettre rapidement la vie de l'enfant. Il était donc urgent de remédier au mal. On ne pouvait espérer d'enlever la tumeur seule à cause des rapports qu'elle affectait avec les parties voisines ; le seul moyen à employer était l'amputation de la tumeur et des parties qui la supportaient.

M. Nélaton se décida à pratiquer l'amputation sus-malléolaire. Depuis que cette opération a été faite, la santé de l'enfant n'a pas été altérée ; pendant les premiers jours, il reste faible, mais il prenait le sein. Il n'a pas eu de diarrhée ; les selles sont toujours normales. La plaie est presque entièrement cicatrisée ; il n'y a pas de rougeur, pas d'inflammation du moignon ; la suppuration a presque complètement cessé le 28 avril, sixième jour après l'opération.

Une coupe verticale fut pratiquée le long du bord interne. Les parties normales ayant été disséquées avec grand soin, on constata que les muscles, les tendons, les vaisseaux conservaient leurs rapports normaux avec les os et se trouvaient plongés au milieu de la tumeur. On dut alors chercher le point de départ de l'affection. Elle paraissait tout d'abord siéger dans le tissu cellulaire superficiel et dans le tissu intermusculaire. L'aponévrose plantaire affectait une disposition remarquable. Au lieu de suivre sa direction habituelle, horizontale, elle descendait obliquement dans la tumeur en y formant une sorte de

cloison qui la partageait en deux parties ; le plan constitué par la tumeur formait avec l'axe du pied, un angle d'environ 65°.

La tumeur est de couleur gris jaunâtre. En la raclant avec le dos du scalpel, on en exprime un liquide blanc opalin, séreux, qui ne graisse pas le papier. L'examen microscopique de la tumeur a été fait par M. Ch. Robin.

Examen de la structure de la tumeur. — Le tissu est homogène, compacte, assez friable, à déchirure nette, comme conchoïdale, non filandreuse. Il est d'un blanc jaunâtre, et ne contient que des vaisseaux capillaires : ceux-ci même sont peu nombreux, sauf dans le voisinage des points où, dans l'épaisseur de la tumeur, existent des épanchements sanguins. Tous les capillaires qu'on peut isoler renferment dans l'épaisseur de leur paroi des granulations graisseuses très petites écartées les unes des autres de 1 à 2 centièmes de millimètre. Le tissu lui-même est composé, outre ces capillaires :

1° D'une trame de tissu cellulaire, à fibres minces, non réunies en faisceaux, mais difficiles à isoler parce qu'elles sont comme empâtées dans une grande quantité de substance amorphe, grisâtre, finement granuleuse. La matière amorphe est assez molle, friable, et contient outre des granulations grisâtres, d'autres granulations jaunes, à contours foncés et de nature graisseuse;

2° Outre ces éléments, on trouve des éléments fibro-plastiques qui représentent au moins la moitié de la masse. Ces éléments sont principalement des noyaux libres, épars dans la masse de la trame. Ils sont ovoïdes, très allongés, à bord net et foncé, à centre clair, à peine granuleux, avec un petit nucléole. Il existe encore des corps fusiformes fibro-plastiques, mais ils sont rares; leur noyau est semblable aux noyaux libres. Ces caractères doivent par conséquent faire déterminer cette tumeur comme de nature fibro-plastique.

Observation VI

Tumeur sarcomateuse de la plante du pied.

(Trèves. *Transactions of the path. soc.*, vol. 39, p. 308, London 1887).

Homme âgé de cinquante-six ans, admis à l'hôpital de Londres en mai 1886 pour une tumeur de la plante du pied gauche. Cette tumeur formait une saillie remarquable. Elle était arrondie et très bien circonscrite. Elle était un peu aplatie à sa face inférieure et fortement resserrée à sa base. Elle était unie, à contours réguliers, d'une consistance ferme et résistante. La peau qui la recouvrait était très épaissie, mais de constitution normale. La tumeur était limitée à la plante du pied, et sa base correspondait à la partie postérieure du cinquième métatarsien. Elle avait une circonférence de 10 pouces, mesurait environ 3 pouces transversalement et 3 pouces 1/2 suivant son diamètre antéro-postérieur. La partie de la tumeur la plus rapprochée du gros orteil était un peu moins proéminente et plus molle que le reste. Le mal avait débuté trente ans auparavant et avait apparu après une forte attaque de rhumatisme. L'évolution fut très lente. Le malade avait toujours marché sur sa tumeur, posant le pied à plat sur le sol. Il marchait cependant de préférence sur le talon. Après bien des années, la tumeur devint gênante et força le malade à couper le bord de son soulier pour ne pas la comprimer. Par ailleurs, cet homme a toujours joui d'une bonne santé et ne ressentit aucune douleur du fait de cette tumeur. Pendant ces deux derniers mois, la tumeur avait commencé à grossir plus rapidement, augmentant surtout de volume dans la partie la plus molle et la plus proéminente dont nous avons parlé plus haut.

J'enlevai la tumeur et je me rendis compte qu'elle provenait de

l'aponévrose plantaire et siégeait au niveau du cinquième métatarsien. La plaie guérit rapidement.

A la coupe, la plus grande partie de la masse pathologique paraît parfaitement homogène. Elle était pâle, ferme, et présentait l'aspect ordinaire d'une tumeur fibreuse du tissu cellulaire. Elle était parfaitement encapsulée. La partie de formation plus récente apparaissait comme une masse arrondie de la grosseur d'un marron d'Inde, très nettement séparée du reste de la tumeur. Elle était bien moins encapsulée, était beaucoup plus molle et offrait une coloration rose jaunâtre. Elle ne contenait que très peu de suc. En un mot, elle avait toutes les apparences d'un sarcome.

En résumé, on peut dire que la partie la plus âgée de la tumeur avait sous le microscope l'aspect d'un fibrome, la partie la plus récente présentait, au contraire, la structure d'un sarcome fuso-cellulaire. Il semblerait que la tumeur primitive, c'est-à-dire le fibrome, ait été envahie par un sarcome et non qu'une portion de sa substance ait subi un processus de transformation; autrement dit, c'est un exemple de tumeur développée sur une autre tumeur préexistante.

Observation VII

Sarcome du pied.

(Murray. *Edimburgh M. J.*, 1881, p. 726.)

Marie M..., journalière, âgée de quarante-six ans, célibataire, entre à l'hôpital le 30 avril 1880.

Il y a environ un an, la malade remarqua une petite tumeur, d'environ le volume d'un pois, siégeant sous la peau du talon. Elle était indolore sauf pendant la marche. La tumeur s'accrut graduellement et, en janvier 1880, elle fit saillie à travers la peau. A l'examen, on trouve une tumeur d'environ le volume d'une framboise, ulcérée, plus

ou moins fongueuse, siégeant à la plante du pied, près du talon ; elle envahit les tissus environnants et est adhérente à l'aponévrose plantaire. On ne remarque aucune augmentation de volume des ganglions de l'aine ou d'une autre région. Le 6 mai la tumeur fut extirpée au moyen d'une incision elliptique qui mit complètement à découvert la masse de tissu pathologique.

A l'examen microscopique, on constate que la tumeur était un sarcome globo-cellulaire. Le tissu qui formait la paroi de la cavité d'où la tumeur avait été enlevée ne se cicatrisa que lentement, et au moment où l'on pouvait espérer une guérison définitive de nouveaux tubercules malades apparurent. On fit une nouvelle excision mais, peu de semaines après, elle fut suivie d'une nouvelle atteinte de la maladie qui cette fois siégea au-dessus du talon. La malade ne se plaignait d'aucune douleur et était par ailleurs d'une santé excellente. On la prévint que pour empêcher une autre récidive, il serait nécessaire de faire l'amputation au-dessus du cou-de-pied. La malade s'y refusa d'abord, mais, quatre mois après, elle consentit. On fit l'amputation sus-malléolaire avec toutes les précautions antiseptiques. Le moignon guérit par première intention en quatorze jours, et nécessita seulement quatre pansements. Quelques mois après l'opération, la malade pouvait marcher grâce à un membre artificiel. On était en droit d'espérer qu'il n'y aurait plus de récidive. Mais quelques semaines plus tard, juste un an après l'opération, Marie M..., devint tout d'un coup très malade ; de nombreuses petites tumeurs, quelques-unes grosses comme un pois, d'autres du volume d'une bille, apparurent çà et là, à la surface du corps, dans la peau et les tissus sous-cutanés. En un mot, on se trouva en présence d'une dissémination du mal que l'on reconnut bientôt être fatale.

OBSERVATION VIII

Sarcome de la voûte plantaire. Abcès de la fosse iliaque.

LE CLERC. (*Bull. soc. an.*, Paris 1879, p. 619).

Le nommé M..., âgé de vingt-neuf ans, employé à la Bourse de Paris, entre le 11 octobre 1879, à la Maison de santé, service de M. Cruveilhier.

Ce jeune homme, né à Paris, blond, lymphatique, avoue ne pas avoir eu d'affections scrofuleuses dans son enfance, et dit même qu'il n'a pas été malade une minute dans sa vie. Il y a un an et demi ou deux ans, le malade remarqua qu'il portait à la plante du pied une petite tumeur grosse comme une noisette, ne roulant pas sous le doigt, recouverte par la peau, qui, à ce niveau, avait sa couleur normale. Cette tumeur n'était pas douloureuse, car, pendant bien longtemps, elle n'empêcha pas M... de faire son service, qui l'oblige à rester debout la plus grande partie de la journée et à marcher constamment. Bien plus, elle lui permit de faire ses vingt-huit jours au mois de septembre 1878, sans qu'il y ait eu la moindre souffrance pour le malade.

Sans devenir plus douloureuse, la tumeur devint gênante en grossissant et força le malade à modifier la forme de sa chaussure. Il y a un mois, ennuyé de cette affection, le malade s'adressa à un médecin qui ordonna des cataplasmes, puis fit deux incisions, lesquelles donnèrent issue à du sang. Il y a douze jours, cet homme ressentit une douleur au niveau de l'aine, vers la partie moyenne, mais il n'y fit point attention.

Notons, au point de vue des antécédents héréditaires, que sa mère est morte à la suite d'accidents survenus au moment de la ménopause et que le père est goutteux.

Etat actuel. 1° Pied. — A la voûte plantaire, en un point correspondant à la moitié antérieure des métatarsiens, existe une masse hémisphérique, de la grosseur d'une petite mandarine, se laissant malaxer sans douleur et donnant à la pression une matière puriforme, rougeâtre, et beaucoup de sang qui s'échappent par l'incision pratiquée il y a quelque temps. Cette tumeur est ulcérée, grisâtre, répandant une odeur de sphacèle; l'incision première se confond maintenant dans l'ulcération consécutive. Cette masse, qui semble occuper toute la voûte du pied est mobile au premier abord, mais par un examen plus approfondi, on sent qu'elle est adhérente. Il existe de la fluctuation, mais plutôt une de ces fausses fluctuations mollasses, qui permettent de penser à des tissus fongueux et non à un liquide, soit pus, soit sang. Un stylet, enfoncé de bas en haut, de la voûte plantaire sur la face dorsale et à la partie antérieure de la tumeur, traverse le tissu mou, saignant facilement, et vient pointer à l'extrémité antérieure du premier espace interosseux. Si, maintenant, on dirige le stylet un peu obliquement en arrière, on éprouve la même sensation que précédemment, mais sans retrouver le stylet sur la face dorsale. On porte le diagnostic de sarcome du pied.

2° Région inguino-crurale. *Adénite et abcès consécutif.*

12 octobre. — Longue incision au-dessus du ligament de Fallope. Issue de deux verres d'un pus rougeâtre, répandant une odeur fécale. Lavages et pansements phéniqués.

13 octobre. — Une incision est faite d'avant en arrière sur la tumeur : il ne sort que du pus grisâtre, mélangé à du sang.

17 octobre. — Sur le bord interne du pied, on aperçoit des traînées bleuâtres qui remontent sur la face interne de la jambe : ce sont des veines dilatées comme dans les tumeurs de mauvaise nature. Aussi M. Reclus propose-t-il au malade l'amputation.

18 octobre. — La plaie de l'abcès iliaque va très bien. La cavité se rétrécit de jour en jour.

24 octobre. — L'amputation est acceptée par le malade. M. Reclus

pratique l'amputation sus-malléolaire par le procédé Guyon. Pansement Lister. T. M. 38° 8. Le pansement est levé tous les deux jours.

20 novembre. — La plaie abdominale est en bonne voie de guérison; quant au moignon d'amputation, il y a réunion dans presque tous les points, excepté à la partie externe où l'on avait placé un drain.

Pour la température, après l'ouverture de l'abcès, le thermomètre est tombé le 13 octobre de 39° 8 à 38° et s'est maintenu entre 38° et 38° 3 jusqu'au 20, où il est remonté à 39°. Il s'est maintenu à ce terme jusqu'au 22, et le 23, il est retombé à 37° 4. A partir du 26 octobre, surlendemain de l'opération, la temp. a varié entre 38° 6 et 37° 4.

Dissection de la voûte plantaire. — La peau de la plante du pied se dissèque facilement dans toutes ses parties, même autour du point ulcéré. Après avoir enlevé la graisse, on tombe sur l'aponévrose plantaire qui est normale, sauf à la partie antérieure où elle a disparu, envahie par l'ulcération.

Le groupe interne des muscles du pied de même que le groupe externe sont respectés. Le fléchisseur commun et le fléchisseur propre pénètrent au milieu de la masse morbide ; il n'y a rien à noter dans leurs gaines. Rien du côté du jambier postérieur. Rien du côté du paquet vasculo-nerveux en arrière de la malléole. La veine saphène interne est dilatée et remplie de sang ; ses parois sont dures. Si l'on pratique la coupe antéro-postérieure du calcanéum de façon à soulever l'aponévrose à laquelle est adhérente la tumeur, voici ce que l'on constate : la tumeur s'isole facilement des parties profondes ; du côté externe, on trouve un point fluctuant, on dirait un kyste. En donnant un coup de scalpel, on remarque que ce kyste a une paroi épaisse et résistante et qu'elle contient une matière cérébriforme. En isolant de plus en plus la tumeur d'arrière en avant, on arrive en un point où celle-ci est adhérente et se prolonge dans le premier espace interosseux par un pseudo-kyste semblable à celui dont nous venons de parler. Chemin faisant, on découvre l'artère plantaire externe qui passe en dehors et en arrière de la tumeur.

En faisant une coupe antéro-postérieure c'est-à-dire selon le grand axe de la tumeur, on voit que celle-ci est composée macroscopiquement et dans presque toutes ses parties d'une matière cérébriforme, qui n'est peut-être qu'une dégénérescence graisseuse des éléments de la tumeur. De place en place, on trouve des épanchements sanguins et en un point existe une plaque de la grandeur d'une pièce de un franc et complètement calcifiée.

Examen histologique. — Cet examen a été fait par le docteur Quénu. D'après sa note, la tumeur est un sarcome fuso-cellulaire à petites cellules.

Conclusion. — Nous avons donc chez notre malade un sarcome fuso-cellulaire, développé probablement aux dépens de l'aponévrose ou du tissu cellulaire intermusculaire et exclusivement localisé dans la loge musculaire médiane de la voûte du pied.

Observation IX

Tumeur mélanique de la plante du pied.

(Yersin. *Archives de phys. norm. et path.* 1886).

M. Tillaux a opéré en mars 1886, l'extirpation d'une tumeur mélanique de la plante du pied chez une femme de soixante-trois ans. Celle-ci dit n'avoir aucun antécédent héréditaire. Depuis vingt ans déjà, la malade s'était aperçue qu'il existait sous la plante du pied gauche une petite tache noire non saillante, de la grosseur d'une tête d'épingle. Pendant longtemps, elle ne s'en inquiéta nullement ; mais depuis le mois de mai 1885, la maladie prit une marche plus rapide ; le point primitif devint gros comme une lentille, saillant, douloureux à la pression, tandis qu'il se formait tout autour des noyaux secondaires. Au moment où la malade se décidait à se faire opérer, la tumeur primitive était de la grosseur d'une noisette.

En dehors des quelques petits noyaux secondaires, situés autour d'elle, on observe encore deux petits nodules noirs siégeant sur la peau du dos. Sur les coupes colorées par le carmin de Grenacher, on voit les deux noyaux principaux dont elle est composée. Chacun d'eux mesure environ 1 cent. 1/2 en diamètre. Ces deux noyaux sont recouverts par l'épiderme et le corps muqueux de Malpighi. Les deux noyaux principaux sont eux-mêmes composés de petits lobules inégalement infiltrés par le pigment.

En général, les parties centrales de chacun d'eux sont plus pigmentées que les parties périphériques. La périphérie de ces nodules, qui est en rapport avec le corps muqueux, se limite par de nombreuses papilles dermiques plus volumineuses, plus longues et plus épaisses qu'à l'état normal. Dans l'un des nodules principaux, il existe un nodule secondaire très rapproché de la surface de la peau, qui présente une coloration pigmentée, assez foncée, d'une teinte brun ardoisé. Les deux nodules principaux sont séparés par un fin prolongement, mesurant 8 millimètres environ de long et limité à la surface de la peau par une dépression cupuliforme où se voient les couches superficielles et profondes de l'épiderme. Il est formé par les cellules du corps muqueux et par des papilles limitant les deux noyaux de la tumeur.

A la partie inférieure de ce prolongement, on voit aussi un très grand nombre de papilles qui viennent se terminer sous des couches cellulaires semblables à celles du corps muqueux. Ces cellules du corps muqueux sont normales, avec leur structure fibrillaire et leurs filaments d'union. La structure des papilles est tout à fait caractéristique. On voit en leur centre ou en différents points de leurs coupes transversales des vaisseaux capillaires avec leurs cellules, leurs parois et leur lumière. Autour de ces vaisseaux quelques petites cellules migratrices, rarement pigmentées. Si l'on ne considérait sur les coupes de cette tumeur, que la partie centrale qui sépare les deux nodules mélaniques, on dirait qu'il s'agit d'un papillome, ou d'un épithéliome tubulé.

Les nodules pigmentés offrent tous les caractères de la structure du sarcome mélanique. Ils sont composés par des faisceaux de cellules ovoïdes, fusiformes, pourvues de gros noyaux ovoïdes. Ces faisceaux s'entrecroisent en différents sens ou forment des nodules secondaires ou des tourbillons. Les cellules qui les composent sont en contact les unes avec les autres. Les vaisseaux de la tumeur sont assez nombreux. Leurs parois sont formées de cellules fusiformes, analogues à celles de la tumeur. On trouve une quantité variable de pigment brun dans ces cellules ; elles sont tantôt de couleur bistre ou sépia, tantôt elles présentent de petits grains arrondis pareillement colorés.

Dans certains points de la tumeur, surtout à la périphérie des nodules, on trouve de très grosses cellules situées au milieu de cellules fusiformes ordinaires. Ces cellules ont parfois la forme d'une membrane plissée ou étalée, ou bien elles sont globuleuses. Elles possèdent habituellement un seul gros noyau ovoïde. Leur protoplasma contient parfois des granules pigmentées. Il existe aussi de grosses cellules uniformément pigmentées, de couleur brune, régulièrement sphériques, qui possèdent un ou deux gros noyaux, parfois même trois noyaux. L'examen des nodules superficiels de la tumeur montre des cellules ovoïdes ou fusiformes plus ou moins régulières, qui en composent la plus grande partie et qui sont placées les unes à côté des autres dans un tissu fibrillaire peu abondant et très vasculaire.

Dans les papilles placées à la surface des nodules de la tumeur, il existe une quantité variable de pigment, parfois très faible, d'autres fois en assez grande abondance. Le tissu conjonctif des papilles montre aussi habituellement des cellules fibro-plastiques et des cellules migratrices infiltrées de pigment, disposées le long des vaisseaux. Nous avons coloré des séries de coupes avec le violet de gentiane et le procédé de Gram pour y chercher des bactéries; nous en avons vu un assez grand nombre : des bâtonnets épais, assez longs, dispersés parfois bout à bout en filaments, peu colorés, et des microcoques isolés; nous ne leur attribuons pas d'importance au

point de vue de l'étiologie de la tumeur, car nous n'avons pas eu celle-ci immédiatement après son ablation.

. . . . . .

. . . . . .

Il nous reste à expliquer comment s'est formé le long prolongement du corps muqueux qui était resté interposé entre les deux nodules principaux de ce sarcome.

Voici comment nous nous rendons compte de sa formation : ces deux nodules principaux, développés primitivement dans la couche profonde du derme, ont donné lieu à leur périphérie à un bourgeonnement du tissu embryonnaire qui se manifestait sous le corps muqueux par un accroissement de papilles préexistantes et par la formation de nouvelles. Le même effet se produisait dans chacun de ces noyaux développé isolément et qui faisaient tous les deux saillie du côté de la peau, tout en restant séparés. En s'accroissant et en faisant saillie du côté de la peau, tout en restant distantes, elles ont poussé devant elles l'épiderme correspondant à leur saillie, tandis que l'épiderme et le réseau papillaire appartenant à la partie de la peau située entre elles s'est enfoncé et a produit le sillon papillo-épidermique qui les séparait.

Observation X

Sarcome de la plante du pied.

Jardet, interne des hôpitaux. *Progrès médical* Paris, 1883, p. 413.

Le nommé J..., Antoine, instituteur, est entré le 21 août 1882 à la Maison municipale de santé, salle 11, lit n° 3, service de M. le docteur Blum.

Antécédents héréditaires excellents. Le père est mort d'une affection aiguë de la poitrine. La mère est encore vivante. Le malade s'est

toujours bien porté. Pas de syphilis, pas d'alcoolisme. Il y a quatorze ans que le malade dit avoir remarqué une grosseur à la plante du pied gauche. Depuis cette époque, le volume de la tumeur et la gêne pendant la marche ont toujours augmenté. En 1874, le malade vient à Paris consulter M. Marchand, chirurgien des hôpitaux, qui le détourna d'une intervention et lui conseilla d'attendre. Par suite de la gêne, le malade fut obligé de porter une chaussure spéciale au moyen de laquelle la marche était peu pénible.

Le malade pouvait même aller à la chasse. Le pied ne reposait sur le sol que par l'extrémité du talon et la tête des métatarsiens, qui reposaient sur une semelle élevée. Au moment de son entrée dans le service, le malade, d'apparence robuste, présente au pied gauche une déformation notable, nullement appréciable du côté de la face dorsale. La face plantaire ne présente plus la forme concave à la partie interne, mais elle présente au contraire une légère saillie qui bombe en bas, près du bord interne du pied. La tumeur se détache insensiblement des parties molles. Elle s'étend : en avant, jusqu'à une ligne allant du milieu du premier au milieu du cinquième métatarsien ; en arrière, jusqu'à deux travers de doigt du bord postérieur du talon. En dehors, elle s'étend jusqu'au bord interne du cinquième métatarsien. En dedans, la tumeur se prolonge jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de la malléole, et semble se prolonger le long du muscle jambier postérieur. En somme, la voûte du pied est remplie par une tumeur mal limitée, légèrement vacillante.

La peau est normale, non adhérente. Les veines sont légèrement dilatées. Le palper est peu douloureux sur la tumeur même, mais l'est un peu plus au niveau de ses limites et spécialement au bord interne du calcanéum. La fluctuation semble très nette, ce qui fait penser à un abcès froid d'origine osseuse, ayant pour point de départ le calcacéum. Le malade ne ressent aucune douleur, mais d'assez vives démangeaisons le soir, lorsqu'il a fait des marches un peu fatigantes. D'ailleurs, aucune trace d'inflammation au niveau ou autour de la tumeur.

24 août. — On pratique une ponction aspiratrice qui ne donne pas de liquide. Lorsqu'on retire le trocart, il reste à l'extrémité du trocart une matière molle, rougeâtre, qui, portée sous le microscope, présente la structure du sarcome. L'état général du malade est très bon. Les poumons, le cœur sont examinés et ne présentent aucun symptôme anormal. Les ganglions du creux poplité et de l'aine ne sont nullement engorgés.

30 août. — Le chirurgien pratique l'amputation à deux lambeaux au tiers inférieur de la jambe.

Les lambeaux sont réunis par des points de suture au fil d'argent. Le moignon est recouvert de tarlatane phéniquée et de ouate. Temp. le soir, 38°5.

Examen. — La dissection de la pièce est faite le soir même de l'opération. Lorsque la peau fut enlevée, la tumeur apparut à la partie interne du pied. A la partie moyenne, la tumeur fait saillie au-dessous de l'aponévrose plantaire et des muscles de la couche superficielle. En arrière et en dehors, elle se prolonge derrière le tibia et repose sur les tendons du jambier postérieur et du long fléchisseur du gros orteil. En avant, elle s'étend jusque vers le milieu des métatarsiens. Le calcanéum étant scié au niveau de sa face inférieure, les muscles fléchisseurs superficiels sont rejetés en avant et laissent à nu la face inférieure de la tumeur, libre de toute adhérence et présentant le volume de deux œufs de poule légèrement aplatis au milieu. La tumeur se compose de deux parties : une antérieure et une postérieure séparées par un sillon. La partie postérieure présente le prolongement en haut derrière le tibia. La consistance est molle, la couleur gris jaunâtre. Lorsqu'on saisit la tumeur, on la sépare facilement des muscles profonds sur lesquels elle repose. Au-dessous d'elle, on aperçoit très nettement les artères et les nerfs plantaires, auxquels elle n'adhère nullement, pas plus qu'aux tendons des longs fléchisseurs. En somme, cette tumeur est située entre les muscles superficiels et profonds et n'adhère ni au squelette, ni aux articulations, ni aux tendons. Les vaisseaux et les nerfs sont libres de toute adhérence.

Des coupes pratiquées sur des morceaux pris en pleine tumeur montrent un tissu formé de cellules embryonnaires fusiformes, sans trame conjonctive. La coupe présente en plusieurs points des vaisseaux sanguins, à parois formées de cellules embryonnaires.

5 septembre. — La jambe devient rouge, tendue, douloureuse au moindre mouvement et à la pression. En certains points, elle présente de l'œdème; dans d'autres points on sent nettement la fluctuation. Une incision pratiquée au tiers moyen de la jambe donne issue à une grande quantité de pus jaunâtre. T. 34°6. Malgré cela, pas de phénomènes généraux.

Les jours suivants, amélioration.

En résumé, nous avons eu affaire à un sarcome ayant mis quatorze ans à évoluer, n'ayant jamais présenté de tendance à s'étendre au delà de la plante du pied, et ne présentant d'adhérences ni aux os, ni aux articulations, ni aux gaines tendineuses, pas plus qu'aux vaisseaux et aux nerfs, et s'étant développé dans le tissu conjonctif intermusculaire, situé entre les couches superficielle et profonde de la plante du pied.

Observation XI

Tumeur sarcomateuse enkystée, développée au milieu de la commissure du premier et du deuxième orteil.

Marjolin (*Bull. soc. chir.*, Paris 1869, 2 s, p. 307).

La tumeur que j'ai l'honneur de soumettre à votre examen a été enlevée il y a quelques jours chez un malade d'une cinquantaine d'années. Il y avait cinq à six ans que, sans cause connue, sans avoir reçu de contusion sur le pied et sans avoir été blessé par une chaussure, il avait vu survenir au niveau de la commissure du premier et du second orteil une petite tumeur molle, indolente, sans changement de couleur à la peau, sans développement insolite de veines. Aucun

changement appréciable n'avait eu lieu au début, mais, depuis deux ans, le volume de la tumeur avait notablement augmenté; elle avait la grosseur de la moitié d'une noix, s'étendait en arrière entre les deux premiers métatarsiens sans plonger dans leur intervalle et était devenue très douloureuse dans la marche. Le malade pouvait encore porter des chaussures, mais il en souffrait. La peau, dans ces derniers temps, était devenue rouge, un peu adhérente. Bien que l'examen de la tumeur fût très douloureux au toucher, je dus, avant de prendre un parti, examiner si elle était mobile, ou adhérente aux tissus voisins et chercher à déterminer sa nature. S'agissait-il d'un kyste, d'un lipome ou d'une tumeur sarcomateuse ? Telle était la question, après avoir constaté sa mobilité, l'absence de toute fluctuation, je pensai qu'en présence des douleurs ressenties par ce malade, nous devions avoir affaire à un sarcome et j'inclinai d'autant plus vers cette opinion que je me rappelai deux cas semblables que j'avais déjà vus.

En conséquence, j'engageai le malade à se faire opérer le plus tôt possible. Je pratiquai l'extraction de la tumeur, après anesthésie éthérée locale. Je fis une incision elliptique et la tumeur put être facilement énucléée. Elle ressemblait assez à une prostate; sa couleur était d'un rouge violet, la membrane d'enveloppe était résistante.

En examinant à l'œil nu sa coupe, elle présentait tout à fait l'aspect des tumeurs fongueuses sarcomateuses, ce qui est toujours à considérer au point de vue du pronostic. L'examen de la pièce a été fait depuis par le docteur Cornil et voici ce qu'il m'a écrit à ce sujet :

« La tumeur que vous nous avez envoyée présente par le raclage des petits éléments fibro-plastiques et de grosses cellules mères à prolongements irréguliers, semblables aux éléments décrits par Robin sous le nom de myéloplaxes; sur une coupe on trouve d'énormes noyaux à parois très minces, remplis de sang et un tissu composé des éléments précédents dans une substance fondamentale et fibrillaire.

» En résumé, c'est un sarcome : comme gravité, il faut craindre une récidive sur place et se regarder comme très heureux si l'affection ne repullule pas ».

Les quatre observations suivantes, que nous regrettons de ne pouvoir donner en détail, sont tirées d'un travail fait par M. Boulay, interne des hôpitaux et intitulé : « Du pronostic des tumeurs mélaniques. » In *Archives génér. de médecine,* 1888, t. II, p. 159.

Observation XII

(Peulevé. *Soc. anat.*, 1865.)

F..., trente-six ans, sarcome mélanique de la plante du pied depuis trois ans. Ablation et cautérisation il y a quinze mois. Récidive. Généralisation rapide. Mort en mai 1865.

Observation XIII

(Malmsten. *Causiatt's Jahresb*, 1876.)

H..., quarante et un ans. Mélano-sarcome de la plante du pied depuis trois ans. Ganglions inguinaux. Extirpation. Mort d'épuisement. Mélanose généralisée.

Observation XIV

(Kronlein. *Arch. f. Klin. Chir.* XXI.)

H..., soixante ans, sarcome mélanique de la plante du pied depuis douze ans. Nodosités cutanées. Ganglions inguinaux. Extirpation en 1873, trois mois après, nodosités multiples noirâtres à la jambe.

Observation XV

(Kaposi. *Arch. f. Dermat. et Syph., Jahresb,* IV.)

H.,., cinquante ans, sarcome pigmentaire de la plante du pied, quatre à cinq nodosités cutanées. Destruction par les caustiques. Récidive. Opération en 1870.

Nous empruntons au Traité de chirurgie du pied de Blum les trois observations qui suivent dont les deux premières sont tirées d'Eichhorst, Diss. inaug., Halle 1876.

Observation XVI

Une femme de trente-six ans avait été blessée dix ans auparavant par un clou qui avait pénétré dans la plante du pied. Depuis cette époque, elle avait éprouvé des douleurs continues sans troubles fonctionnels. Il y a trois semaines il se forme chez elle, au niveau du scaphoïde, une tumeur à marche rapidement envahissante. Ses douleurs devinrent violentes ; le pied rouge, œdématié, la face plantaire effacée. La tumeur était fluctuante, mais une incision démontra l'absence de pus, et l'on dut pratiquer l'amputation de la cuisse.

A l'autopsie du membre, on trouva du côté de la plante du pied, une tumeur du volume du poing qui englobait les tendons du long fléchisseur. Elle avait envahi l'aponévrose plantaire, les ligaments interosseux et dorsaux et avait pénétré dans plusieurs articulations. Il s'agissait d'un mélano-sarcome fasciculé.

Observation XVII

Une femme de cinquante ans portait depuis trente ans, vers le bord

interne du pied une tumeur sensible au moindre choc. Elle augmenta subitement de volume à la suite d'un traumatisme. Elle était située dans la région du premier cunéiforme, fluctuante, et recouverte d'une peau saine.

On pratique l'amputation de Pirogoff et l'on put constater que la tumeur englobait les tendons du long extenseur du gros orteil et adhérait au premier cunéiforme. Il s'agissait d'un sarcome fasciculé.

Observation XVIII

(Fait rapporté par Blum).

Un homme de trente-quatre ans avait vu survenir, quatorze ans auparant, sans cause apparente, un gonflement du pied droit. La face plantaire du pied au lieu d'être concave était saillante et remplie par une tumeur mal limitée, s'étendant en arrière jusqu'à deux travers de doigt à l'extrémité postérieure du talon, en avant jusqu'au milieu du métatarse. En dehors elle s'étend jusqu'au bord externe du pied; en dedans, elle remonte jusqu'à deux travers de doigt de la malléole interne. La peau est normale, non adhérente et présente quelques veines dilatées. Les ganglions poplités et inguinaux sont indemnes. La fluctuation était manifeste, une ponction exploratrice ramena au bout du trocart une matière molle, rouge, que l'examen microscopique montra être du sarcome.

Après l'amputation, on constata que la tumeur s'était développée entre les muscles superficiels et profonds de la plante du pied, n'adhérant ni aux os, ni aux tendons, ni aux vaisseaux, ni aux nerfs. Elle a le volume du poing. Elle est bosselée, molle, grisâtre et se sépare facilement des parties molles voisines auxquelles elle n'adhérait que faiblement par du tissu conjonctif. Elle est formée de cellules fusiformes et est parcourue par de nombreux vaisseaux sanguins dont les parois sont formées de cellules embryonnaires, c'est un sarcome fasciculé.

ETIOLOGIE

La cause des sarcomes des parties molles de la plante du pied est très obscure, et, dans bien des cas, les malades n'ont pu rattacher l'apparition de leur mal à un accident ou à une cause quelconque. Bien que cette étude d'étiologie soit bien indéterminée, les causes, autant qu'on pourra en assigner au développement de la tumeur, se diviseront ainsi :

Causes prédisposantes et causes déterminantes.

Parmi les premières, l'âge ne paraît avoir aucune influence, puisque Nélaton a opéré d'un sarcome fasciculé de la plante du pied un enfant nouveau-né, et que Yersin rapporte l'observation d'une femme, âgée de 63 ans, à qui Tillaux avait enlevé un sarcome mélanique de la même région ; cependant la moyenne d'âge pour le développement de ces tumeurs paraît être de 30 à 60 ans.

Le sexe a peu d'influence, car ces tumeurs se retrouvent indifféremment chez l'homme et chez la femme. Sur les 18 observations que nous citons, nous trouvons 9 hommes, 8 femmes et 1 cas où il n'est fait aucune mention du sexe du malade.

Maintenant, l'hérédité. En parcourant les observations que nous rapportons, nous avons vu rarement qu'il soit question des parents, si ce n'est pour constater la bonne santé

des ascendants. Nous n'avons qu'un seul cas, où le sujet ait eu des parents enlevés par un néoplasme. C'est le malade qui fait le sujet de l'observation de Péan. Son père, sa mère et sa sœur étaient morts cancéreux. Les matériaux ne sont pas assez nombreux pour nous permettre de donner à cet égard une affirmation quelconque.

De plus, les sujets sur lesquels se sont developpées ces tumeurs présentaient pour la plupart toutes les meilleures conditions de santé.

Causes déterminantes. — Les causes déterminantes sont presque aussi obscures que les causes prédisposantes. Beaucoup de malades ne peuvent assigner aucune cause à l'apparition de la tumeur qu'ils portent : ainsi la plupart des malades qui font le sujet de nos observations. D'autres la rapportent à une pression exagérée, à un traumatisme quelconque (pénétration d'un clou dans les tissus. Eichhorst), etc. On ne peut pas rattacher à ces causes une grande importance, car il est bien difficile de déterminer si dans ces cas il y a eu simple coïncidence ou relation de cause à effet. On connaît, du reste, l'extrême propension des malades à rattacher toujours leur mal à des violences extérieures. Souvent, en effet, la tumeur existe depuis longtemps déjà, sans que le malade se soit aperçu de sa présence, et il ne la découvre que quand un choc porté sur elle attire son attention et lui révèle l'existence du mal qu'il rappporte à ce traumatisme.

La vérité est que le plus souvent la tumeur prend naissance sans qu'il soit possible au chirurgien ou au malade de lui assigner une cause.

Notons cependant ce cas particulier de Trèves, où le sarcome s'est développé aux dépens d'une tumeur fibreuse préexistante à la suite d'un léger traumatisme.

SYMPTOMATOLOGIE

Le début est des plus variables et remonte à une époque plus ou moins éloignée. Dans l'observation de Trèves, le début de la tumeur date de trente ans. Mais ce cas est exceptionnel. Le plus souvent le mal ne remonte qu'à un, à deux ou à trois ans.

Habituellement c'est le hasard qui fait reconnaître au malade une petite tumeur, presque toujours indolente, qui s'est développée lentement. Quelquefois cependant, il est possible de rapporter son origine à une circonstance connue et de suivre le développement progressif de la maladie, comme dans les cas cité par Eichhorst (Obs. XVI), où l'on voit la tumeur apparaître et évoluer lentement à la suite de la pénétration d'un clou dans la plante du pied.

Ces tumeurs, avons-nous dit, sont presque toujours indolentes au début ; mais lorsqu'elles ont acquis un certain volume, elles sont quelquefois le siège et la cause de douleurs dont le caractère et l'acuité sont variables. Tantôt le malade ressent des élancements continus ou intermittents, ou éprouve un sentiment soit de cuisson (Obs. I Chavannaz) soit de pesanteur dans l'épaisseur même du produit pathologique, tantôt ce sont des démangeaisons survenant après une fatigue (Obs. X. Jardet).

Souvent ces tumeurs sont douloureuses à la pression la plus légère ; la marche est alors rendue difficile, quelquefois impossible.

Dans le cas que nous avons observé (Obs. I), la malade réclamait l'ablation de sa tumeur non pas tant pour la gêne qu'elle lui causait, ni pour l'immobilité à laquelle elle était

condamnée, mais pour les souffrances qu'elle lui faisait endurer.

Dans d'autres cas, la tumeur elle-même est indolore et les douleurs ne sont dues qu'à la compression qu'elle exerce sur les tissus voisins, particulièrement sur les filets nerveux.

Le volume des sarcomes de la plante du pied varie beaucoup. Il peut aller de la grosseur d'une noisette à des dimensions beaucoup plus considérables; nous rapportons dans nos observations un cas où la tumeur avait acquis le volume des deux poings (Obs. IV. Broca). On comprend facilement que la présence d'une pareille tumeur à la plante du pied, même si elle est indolente, gênera beaucoup la marche et nécessitera, si on ne l'enlève, le port d'une chaussure spéciale. Il est à remarquer que, dans les cas de récidive sur place, le volume de la tumeur devient plus considérable que lors de sa première apparition.

La forme de la tumeur est en général arrondie régulièrement ou ovoïde, au moins à son apparition, alors qu'elle se développe librement au milieu des tissus, mais, plus tard, surtout si elle siège profondément, l'aponévrose plantaire, dont la résistance est difficile à vaincre, la force à s'étaler et à envoyer des prolongements dans les interstices où elle pourra atteindre (Obs. de Broca, Nélaton). La pression que lui fait subir le poids du corps pendant la marche peut la forcer à revêtir une forme aplatie (Obs. II. Chaumet).

Une seule fois, chez la malade qui fait le sujet de l'observation de Péan, on a remarqué une tendance à la pédiculisation (Obs. III).

La surface de ces tumeurs est habituellement lisse, et ce n'est que quand elles ont déjà acquis un volume considérable qu'elles commencent quelquefois à se lobuler, à se bosseler.

Le relief que forment ces productions à la plante du pied

varie avec leur volume et leur siège. C'est ainsi qu'une tumeur développée sous l'aponévrose plantaire, entravée dans son développement par celle-ci, formera presque toujours une saillie moindre que si elle est située au-dessus de l'aponévrose.

La consistance, très variable aussi, dépend de la constitution histologique ; elle est dure, si on a affaire à du sarcome fasciculé, molle et presque fougueuse s'il s'agit d'un sarcome encéphaloïde (Murray). Mais parmi tous les sarcomes fasciculés qui, je le répète, sont fermes d'habitude et élastiques, on en voit qui sont assez mous pour paraître fluctuants. Cette fluctuation est quelquefois si manifeste que, dans quelques cas, elle en a imposé au chirurgien pour une collection liquide importante, tandis qu'une ponction n'a fait écouler à peine que quelques gouttes de liquide (Obs, VIII, X et XVI).

D'ailleurs la même tumeur ne présente pas toujours la même consistance pendant tout le temps de son évolution ; le plus souvent, assez dure au début, elle prend, à mesure que son volume s'accroît, une consistance plus molle ; dans d'autres cas, enfin, la tumeur est dure ou élastique dans un point, molle et dépressible dans un autre (Obs. de Trèves).

Une fois nous la trouvons vacillante (Obs. de Trèves), mais c'est là, croyons-nous, une véritable exception.

Leur mobilité diffère suivant le siège occupé par la tumeur. Celle-ci est en effet plus facile à déplacer si elle est développée dans le tissu cellullaire sous-cutané que si elle prend naissance dans la gaine des tendons ou le tissu cellullaire intermusculaire.

La mobilité variera aussi avec la position donnée au pied. C'est ainsi que dans l'Obs. I on trouve la tumeur très mobile quand le pied est en extension, et à peu près fixe quand il est fléchi.

La peau, au niveau de la tumeur peut présenter une couleur bleue qui est due au développement de nouveaux vaisseaux dans son épaisseur ou dans le tissu cellulaire sous-cutané. Mais d'une façon générale on peut dire qu'au début la peau est saine, conservant sa coloration, son épaisseur, sa mobilité, quand bien même la tumeur a pris pour point de départ soit le tissu cellulaire superficiel ou profond, soit l'aponévrose, soit les tendons. Il n'en est pas de même quand la tumeur a pris des proportions déjà considérables, et que les tissus sous-jacents soulèvent la peau outre mesure; celle-ci, par le fait de l'accroissement continu de la tumeur; s'amincit en s'étendant (sauf dans le cas de Trèves où l'on trouve la peau épaissie), puis finit par s'ulcérer dans certains cas, surtout si des causes mécaniques, tels qu'une pression exagérée ou des frottements dus à la chaussure quand le malade continue à marcher, viennent à hâter cette ulcération. Une fois établie, l'ulcération n'a pas de tendance à se cicatriser de même qu'elle n'en a pas à s'étendre ; elle est fongueuse ou offre à sa surface des bourgeons charnus qui peuvent quelquefois donner lieu à des hémorrhagies assez abondantes pour compromettre l'existence du malade (Obs. V., Nélaton).

Les limites de la tumeur sont généralement nettes ; cependant dans le cas cité par Jardet on la trouve assez mal limitée.

Le volume, le siège de la tumeur peuvent exercer une certaine influence sur la circulation du pied envahi par elle. Les vaisseaux plantaires sont quelquefois comprimés par un sarcome avoisinant, sans que celui-ci se soit développé dans leur gaine. La compression peut s'exercer soit sur les veines, soit sur les artères. Dans le premier cas, la lumière du vaisseau est aplatie et l'on conçoit que la circulation ne se

fasse plus d'une manière suffisante dans cette région. C'est ce qui explique l'œdème observé quelquefois (Obs. XVI). Cependant comme la tumeur met longtemps à se développer, il arrive fréquemment que la circulation se rétablisse par de nombreuses veines superficielles de nouvelle formation.

Les nerfs de la région plantaire participent également à la compression des autres tissus déterminée par la tumeur, et l'on observe dans ce cas, comme nous l'avons vu, soit de l'engourdissement, soit de l'endolorissement partiel ou total de la région.

Bien rarement les ganglions du membre inférieur sont engorgés, nous n'en rapportons que deux cas (Obs. XIII et XIV), il s'agissait de sarcomes mélaniques.

Dans aucune de nos observations, il n'est fait mention de la température, au niveau de la tumeur. L'attention des chirurgiens à qui nous avons emprunté les cas de sarcomes n'avait pas encore été attirée de ce côté. Chez notre malade, bien que la température locale n'ait pas été prise, le sentiment de cuisson que nous avons noté chez elle au niveau de la tumeur, nous permet peut-être d'en déduire une hyperthermie à ce niveau, symptôme qui a été assez fréquemment observé dans ces derniers temps, dans les cas de tumeurs sarcomateuses. (Estlander).

Quant aux symptômes généraux, d'habitude ils sont nuls ; la santé reste excellente. Le teint n'est pas changé.Il n'existe pas le plus souvent d'amaigrissement. On n'a jamais observé de réaction fébrile.

Anatomie pathologique.

Nous n'avons pas l'intention de nous étendre sur la structure des sarcomes développés dans la région plantaire, n'ayant du reste aucun nouveau fait à révéler sur l'histologie de ces tumeurs. L'examen microscopique de la tumeur a été fait pour chaque cas, dont nous avons donné l'observation ; on a toujours retrouvé les éléments d'une des variétés suivantes de sarcome dont nous empruntons entièrement la description au savant traité de Chirurgie de Duplay et Reclus (Tome I. Art. Sarcomes).

« Au point de vue anatomique on peut décrire quatre variétés de sarcomes principales :

1° *Des sarcomes à cellules rondes.* — Ces tumeurs présentent à la coupe une surface lisse, rougeâtre, ne donnant par le râclage qu'une très petite quantité de suc clair et pauvre en éléments figurés. Elles sont composées de cellules rondes à protoplosma peu abondant et à noyau volumineux, d'une faible quantité de substance inter-cellulaire et de vaisseaux capillaires à parois embryonnaires.

2° *Des sarcomes à cellules fusiformes.* — Dans cette variété, les cellules sont effilées à leurs deux extrémités ; elles forment par leur réunion des faisceaux à directions différentes qui prennent sur les coupes des apparences de tourbillons (section en travers) ou de bandes longitudinales (section en long). Vaisseaux à parois embryonnaires.

3° *Sarcomes à myéloplaxes.* — On peut rencontrer des myéloplaxes dans toutes les variétés, néanmoins, il est des tumeurs dans lesquelles ces éléments prédominent, elles seules méritent le nom de tumeurs à myéloplaxes. Ce sont

des tumeurs des os siégeant le plus souvent au maxillaire.

4° *Sarcomes mélaniques.* — Le sarcome mélanique n'est autre chose qu'un sarcome à la fois fuso et globo-cellulaire, dont les cellules ont été envahies par des granulations spéciales, grises ou noires, très réfringentes, sur l'origine desquelles on n'est pas encore fixé.

A côté de ces quatre grandes variétés de sarcomes s'en placent d'autres moins importantes, telles que le sarcome fuso-cellulaire à grandes cellules ; le sarcome résultant de la combinaison des types fuso et globo-cellulaire ; le sarcome alvéolaire dont les cellules ne sont plus reliées par aucune substance fondamentale ; enfin, une autre variété dans laquelle le tissu intercellulaire est modifié et semblable au tissu muqueux. »

Chacune de ces différentes sortes de sarcomes ne se présente pas avec une égale fréquence à la plante du pied ; c'est ainsi que sur nos 18 observations nous trouvons 11 cas de sarcome fasciculé (dont un avait subi la transformation muqueuse), 4 cas de sarcome mélanique, 2 cas de mélano-sarcome fasciculé et 1 cas de sarcome globo-cellulaire. Comme on pouvait le prévoir, on n'y trouve aucun cas de sarcome à myéloplaxes proprement dit.

Quant aux caractères macroscopiques de ces tumeurs, à savoir leur forme, leur volume, leur consistance, etc., nous n'en dirons rien ici, ayant suffisamment insisté sur ces différents points, dans notre chapitre relatif à la symptomatologie.

Nous croyons seulement devoir insister sur leur siège exact, cette question présentant une grande importance au point de vue du diagnostic et du traitement. Dire qu'un sarcome a son siège dans les parties molles de la plante du pied, n'est qu'indiquer vaguement son siège. En effet, comme

nous l'avons vu dans notre premier chapitre qui a trait à l'anatomie, la région plantaire se compose de plusieurs plans de tissus, différents les uns des autres, qui peuvent être, à un degré de fréquence variable, le point d'implantation de la tumeur. Or, suivant que celle-ci aura son point de départ dans tel ou tel tissu, à une profondeur plus ou moins considérable, le diagnostic deviendra clair ou obscur, le pronostic heureux ou défavorable, enfin, le traitement variera aussi dans les mêmes proportions. Il faut donc indiquer le siège précis du mal. Dans nos observations nous avons vu les sarcomes prendre naissance dans la peau, le tissu cellulaire sous-cutané ou intermusculaire, dans l'aponévrose plantaire et, enfin, dans la gaine des tendons. Reste à savoir avec quelle fréquence on les rencontre dans chacun de ces éléments. D'après les résultats que nous fournissent les 18 cas que nous rapportons, on voit que ces tumeurs se sont développées 5 fois aux dépens de la peau (tous des mélanosarcomes), 3 fois aux dépens du tissu cellulaire sous-cutané, 3 fois aux dépens de l'aponévrose plantaire, 3 fois aux dépens du tissu conjonctif situé entre les muscles superficiels et profonds, 3 fois enfin, la tumeur prenait naissance dans les tendons. Jamais on ne l'a trouvée implantée ni dans la gaine des vaisseaux, ni dans les nerfs de la région. Une fois, c'est le cas cité par Trèves, la tumeur sarcomateuse s'était développée sur un fibrome préexistant.

MARCHE

L'évolution des sarcomes de la plante du pied est lente en général. Dans bien des cas, les malades ne s'aperçoivent pas qu'ils portent une tumeur grossissant chaque jour, ils ne la

voient que quand elle a acquis le volume d'une noisette environ, et comme elle ne grossit pas sensiblement et n'est le siège d'aucune douleur, ils ne s'en occupent pas. Nous rapportons des cas où la tumeur a mis ou 14 ans, ou 20 ou 30 ans même à arriver à un développement dont s'est inquiété le malade. Mais ces cas sont toutefois exceptionnels, et le plus souvent la maladie n'a duré qu'un, deux ou trois ans au moment de l'opération. La lenteur dans le développement est donc la règle ; cette règle souffre cependant quelques exceptions; sur nos 18 observations, nous trouvons que deux fois la maladie a suivi une évolution plus rapide. Dans un cas d'Eichhorst, (Obs. XVI), on voit un sarcome mélanique, à marche envahissante, se développer en l'espace de trois semaines ; dans l'observation de Broca, où il s'agissait d'un sarcome fasciculé, récidivé sur place, la tumeur ne mit que sept mois pour acquérir le volume de deux poings (Obs. IV).

Si ces tumeurs se développent habituellement avec lenteur, il n'est pas moins remarquable aussi qu'elles s'accroissent d'une façon pour ainsi dire continue, ne restent que rarement stationnaires et ne rétrogradent jamais. Plusieurs malades ont vu leur tumeur prendre brusquement un nouvel accroissement soit sans cause connue soit à la suite d'un traumatisme souvent très léger.

Comme toutes les tumeurs, le sarcome de la plante du pied peut devenir le point de départ d'une infection, surtout s'il est ulcéré, témoin l'obs. de Leclerc, dans laquelle on voit un volumineux abcès de la fosse iliaque succéder à une incision faite dans la tumeur à la suite d'une erreur de diagnostic. Il peut aussi être le siège d'une gangrène plus ou moins étendue (même observ.). L'érysipèle a succédé une fois à l'ablation d'un sarcome fasciculé de la région plantaire (Chaumet). D'une façon générale on peut dire que la tumeur

elle-même ou la plaie faite au moment de son ablation sont sujettes à toutes les complications qu'on peut observer à la suite de toute solution de continuité des téguments.

PRONOSTIC

Le pronostic de cette affection est toujours grave.

Bien que relativement bénin au début, le sarcome de la plante du pied n'en prend pas moins de mauvais caractères quand il a acquis un certain volume. Il peut devenir très douloureux, prendre des proportions considérables et abandonner cette période aux apparences bénignes du début pour revêtir tous les caractères d'une tumeur maligne envahissante. La gravité de la maladie est cependant différente suivant la variété de sarcome qu'on observe. C'est ainsi que, dans nos observations, nous avons vu les malades atteints de sarcome mélanique mourir au bout de trois ou quatre ans de maladie; la généralisation survient presque toujours dans ces cas et c'est à elle que la mort est due le plus souvent.

Le sarcome globo-cellulaire, dont l'observation de Murray nous fournit un bel exemple, a une grande tendance à la récidive sur place ou dans le voisinage. La malade qui fait le sujet de l'observation a subi dans l'espace de dix mois trois opérations pour le même mal. La tumeur implantée sur l'aponévrose plantaire, une première fois extirpée, récidive dans la cicatrice et nécessite une nouvelle ablation.

Quelques semaines après apparaît dans le talon une autre tumeur pour laquelle on pratique l'amputation de la jambe. La généralisation de la maladie suivit cette opération et amena la mort du malade. (Obs. VIII).

Quant au sarcome fasciculé, il a moins de tendance à la

récidive et à la généralisation si une extirpation totale en a été faite.

Dans tous les cas, s'il y a récidive, elle se fait sur place. Dans aucune de nos observations, nous ne l'avons vu se produire, ni dans les ganglions voisins, ni dans des organes éloignés du siège primitif du mal. Sur les onze cas de sarcome fasciculé que nous citons, on trouve six malades qui ont été guéris radicalement soit par l'ablation simple de la tumeur, soit par une amputation, cinq dont on ne parle pas des suites de l'opération, et un dont ces suites sont restées inconnues malgré les recherches qui ont été faites.

Disons aussi que deux des malades que nous citons étaient porteurs d'uue tumeur qui avait récidivé.

Cependant dans certains cas, quand le sarcome s'est développé profondément ou a envoyé des prolongements dans les interstices voisins, de telle sorte qu'une ablation totale en est impossible, le chirurgien, pour éviter la récidive, est quelquefois obligé d'avoir recours à une opération grave, l'amputation du membre, ce qui aggrave singulièrement le pronostic.

L'âge du malade peut aussi faire varier le pronostic. D'après l'Obs. de Broca, qui rapporte l'histoire d'une jeune fille chez qui un sarcome de la partie antérieure du pied, une première fois enlevé a récidivé au bout de trois mois et a acquis les dimensions des deux poings, on est en droit de conclure que le jeune âge est favorable au prompt développement de ces tumeurs. (Obs. IV).

DIAGNOSTIC

Diagnostiquer un sarcome des parties molles de la région plantaire n'est pas toujours chose simple ni facile, car ces

tumeurs ne présentent aucun symptôme pathognomonique et ce n'est que par exclusion que l'on arrive à préciser leur nature. Il faudra donc avoir présents à l'esprit la marche de l'affection et les caractères de forme, de consistance, etc., que nous avons énoncés plus haut en parlant des symptômes. Le diagnostic sera encore rendu plus difficile si la tumeur, au lieu d'être superficielle, siège profondément sous l'aponévrose.

Avec quelles tumeurs pourra-t-on confondre ces sarcomes ?

Avec deux genres de tumeurs : les tumeurs solides et les tumeurs liquides.

Le nombre des tumeurs solides que l'on peut rencontrer à la plante du pied est considérable, ce sont : le cancer, le fibrome, le lipome, le névrome, l'ostéo-sarcome, les gommes, etc.

Essayons de différencier chacune de ces affections d'avec le sarcome. Et d'abord le cancer.

Deux signes surtout distinguent l'une de l'autre ces deux maladies : l'état de la peau, l'engorgement ganglionnaire.

Dans le cancer, la peau est toujours adhérente, toujours violacée; les veines sont dilatées, les ganglions toujours pris de très bonne heure ; la tumeur est mal limitée dès le début et adhère intimement aux tissus sous-jacents.

Rien de cela n'a lieu dans la presque totalité des sarcomes : peau saine, non adhérente, sans changement de couleur, le plus souvent, pas d'engorgement ganglionnaire ; tumeur en général nettement limitée et distincte des organes voisins.

Le sarcome ne s'ulcère jamais rapidement à moins qu'il ne soit volumineux ou qu'il n'ait subi un transmatisme. Quand il s'ulcère, l'ulcération n'a aucune tendance à s'étendre ; elle est généralement circulaire et présente des bords

non indurés. Dans le cancer, au contraire, l'ulcération est la règle. Cette ulcération est rapidement envahissante, possède des bords saillants et indurés ; le fond de la plaie est recouvert de bourgeons charnus, mous, saignant facilement et laissant suinter un liquide ichoreux, fétide, mélangé à des particules sphacélées.

La plupart du temps les tumeurs sarcomateuses sont indolentes ou, s'il existe de la douleur, celle-ci ne siège pas dans la tumeur elle-même, mais résulte de la compression exercée sur quelque nerf du voisinage ; de plus le sarcome se développe avec lenteur, son évolution pouvant durer plusieurs années. Le cancer, au contraire, est la cause de douleurs très vives qui siègent dans la masse morbide elle-même. Sa marche est très rapide ; il ne dure en général qu'un ou deux ans.

De plus, tandis que dans le sarcome, la santé se maintient bonne même après plusieurs récidives, dans le cancer, le malade subit un amaigrissement considérable, l'appétit se perd et la peau prend peu à peu une teinte jaune paille caractéristique ; en un mot, il y a rapidement cachexie.

Tels sont les principaux caractères qui permettent de faire le diagnostic entre le sarcome et le cancer.

Le sarcome de la plante du pied peut encore être confondu avec le fibrome.

Le fibrome est assez fréquent à la plante du pied. Il présente bien la forme arrondie et la mobilité du sarcome, mais il diffère de ce dernier par la consistance et par la marche. Le fibrome se développe avec une extrême lenteur, pendant de très longues années, durant lesquelles le malade en est fort peu incommodé ; la durée du sarcome, au contraire, sauf les cas exceptionnels, est moins longue ; il évolue en général en un petit nombre d'années. De plus la consistance diffère

notablement de celle du sarcome. Dans la tumeur fibreuse la consistance est ferme, résistante ; dans le sarcome, l'encéphaloïde surtout, elle est beaucoup plus molle. Enfin, tandis que le sarcome récidive fréquemment, le fibrome ne récidive jamais ; celui-là est une tumeur maligne, celui-ci une tumeur essentiellement bénigne.

Les lipomes sont les tumeurs avec lesquelles on peut le mieux confondre les sarcomes à une certaine époque de leur développement. En effet, quand ceux-ci ne sont pas volumineux, que la peau n'est pas tendue à leur niveau, qu'ils sont souples, mobiles, avec la coloration normale de la peau, offrant à la main leur sensation de mollesse, une apparence de bosselure, ils possèdent tous les caractères des lipomes surtout s'ils sont indolents et mobiles ; mais l'évolution postérieure de la tumeur viendra éclairer le diagnostic. D'ailleurs les lipomes sont très rares à la région plantaire. M. le professeur Demons en possède cependant une observation.

Peut-on confondre le sarcome avec le myxome ? Certes, ici encore, la confusion est facile. Le myxome présente bien une consistance molle et gélatineuse, mais bien souvent le sarcome, dont la consistance est si variable, peut offrir le même degré de mollesse. Seule la marche de l'affection permettra de trancher la question.

Les tubercules sous-cutanés douloureux se distingueront facilement des tumeurs sarcomateuses par les douleurs intolérables déterminées par la plus légère pression.

Lorsque la tumeur est volumineuse et a évolué depuis un certain temps déjà, il n'est pas toujours aisé, alors même que l'on a reconnu sa nature sarcomateuse, de reconnaître son point de départ ; en un mot, on ne peut pas toujours facilement se rendre compte si l'on a affaire à un ostéo-sarcome ou à un sarcome des parties molles. Mais lorsque la tumeur

est à son début, il est assez facile d'en faire le diagnostic différentiel.

Le sarcome des parties molles, en effet, débute par une tumeur arrondie, mobile, que l'on voit nettement au milieu des tissus. L'ostéo-sarcome a un début moins net ; des douleurs violentes marquent, il est vrai, presque toujours le début de cette affection, mais ces douleurs font aussi bien penser au rhumatisme ou à une arthrite commençante. C'est dans la suite seulement qu'on arrive à soupçonner, puis à reconnaître l'ostéo-sarcome par la marche rapide et continue de l'affection, par les douleurs vives et persistantes, par le développement rapide du gonflement, etc. Le diagnostic est donc facile dans cette période de son évolution. Ce n'est que plus tard, lorsque la tumeur arrive à être sous-cutanée, que la confusion est possible ; mais les commémoratifs permettront d'éviter cette erreur.

Quant aux gommes syphilitiques, si leurs caractères cliniques ne permettent pas de les différencier nettement des sarcomes sous-cutanés de la plante du pied, la rétrocession de ces tumeurs par l'usage du traitement spécifique et les antécédents du malade, permettront d'en reconnaître la nature.

En étudiant la symptomatologie, nous avons vu que certains sarcomes présentaient une fluctuation très manifeste même en l'absence de dégénérescence kystique. On comprend combien dans ce cas la confusion est facile avec les diverses tumeurs liquides, kystes, abcès, anévrysmes.

Mais les kystes (hydatiques, sébacés ou dermoïdes sont extrêmement rares dans la région plantaire ; les abcès chauds ont une évolution beaucoup plus rapide et présentent des caractères tout à fait différents (rougeur, douleur, chaleur) de ceux des sarcomes ; les abcès froids dépendent le plus sou-

vent d'une altération osseuse ; on pourra donc écarter tous ces diagnostics.

Quant aux anévrysmes des artères de la plante du pied, rares d'ailleurs, ils offrent trop de symptômes particuliers pour qu'ils puissent être confondus avec le sarcome plantaire : ils sont pulsatiles réductibles, sont le siège d'un souffle, etc. ; tous caractères absolument différents du sarcome.

Comme on vient de le voir, le diagnostic du sarcome de la plante du pied est donc assez difficile ; il est même quelquefois impossible en s'appuyant seulement sur les caractères cliniques. Dans ce cas, on comprend toute l'utilité d'une ponction exploratrice, faite à l'aide d'un petit trocart, soit pour établir la nature solide ou liquide de la tumeur, soit dans les cas de tumeur reconnue solide cliniquement, pour en déterminer la nature en examinant au microscope les débris demeurés au bout du trocart.

TRAITEMENT

En étudiant l'évolution des sarcomes de la plante du pied, nous avons vu que ces tumeurs, qui peuvent longtemps sommeiller, prennent généralement, à un moment donné, un accroissement rapide, soit d'elles-mêmes, soit à la suite d'un traumatisme. Assez souvent aussi, elles deviennent le siège d'assez vives douleurs ; dans tous les cas, leur présence à la plante du pied gêne beaucoup la marche ou l'abolit même et nécessite parfois le port d'une chaussure spéciale.

Nous avons vu aussi que ces tumeurs une fois développées ne rétrocèdent ni ne guérissent jamais spontanément. De plus, malgré la facilité avec laquelle se produisent les récidives, une guérison définitive peut toutefois être obtenue si le trai-

tement a été bien choisi et exécuté avec toutes les précautions nécessaires. Il faut donc, dès qu'on a constaté leur présence et qu'un diagnostic aussi précis que possible sur leur siège a été fait, s'occuper de leur appliquer un traitement. Quelle en sera la nature ?

Nous ne connaissons aucun traitement général capable d'arrêter la marche de la tumeur.

Le traitement sera donc purement local.

Les diverses pommades au nitrate d'argent, à l'extrait de ciguë, la pommade iodurée, les badigeonnages à la teinture d'iode, etc., ne modifient en rien la marche de la tumeur, tout au plus ces divers moyens peuvent-ils dans certains cas, et d'une façon passagère, diminuer la douleur. Leur valeur thérapeutique est donc à peu près nulle.

Il ne reste par conséquent qu'une seule ressource: c'est d'enlever la tumeur soit par les caustiques, soit à l'aide du bistouri. Les caustiques offrent l'inconvénient d'agir lentement et d'être très douloureux ; nous leur préférons l'instrument tranchant.

Il est difficile d'indiquer un manuel opératoire qui puisse s'appliquer à tous les cas; on ne peut en effet donner à cet égard aucune règle précise, car le procédé à employer dépendra du siège superficiel ou profond de la tumeur. Quand le sarcome est superficiel, s'est développé sur l'aponévrose, comme dans les cas que nous rapportons, on peut en pratiquer l'énucléation.

Une incision variable de forme, ou deux incisions circonscrivant un lambeau elliptique, sont pratiquées au niveau de la tumeur ; celle-ci une fois découverte est saisie à l'aide d'une pince de Museux, détachée au moyen des doigts des faibles adhérences qui l'unissent parfois aux tissus voisins et énucléée. Il faut bien se rappeler que la capsule fait partie de la

tumeur : on doit donc ensuite disséquer l'enveloppe et en pratiquer l'ablation, de façon à prévenir la récidive. On cherche la réunion par première intention au moyen de points de suture au crin de Florence ou au fil de soie et on fait un pansement antiseptique.

Mais si le sarcome est situé plus profondément ou est fortement adhérent aux tissus voisins, l'opération n'est plus aussi simple.

Il faut dans ce cas, après avoir découvert la tumeur, sectionner celle-ci dans son épaisseur, en disséquer les deux moitiés et les enlever par morcellement, en respectant les nerfs et les vaisseaux. Telle fut la conduite suivie par Péan dans un cas de sarcome dont les limites n'étaient pas nettes. Si malgré ces précautions, on craignait d'avoir laissé dans la plaie quelques parcelles de la tumeur, on les détruirait en cautérisant tout le pourtour de la plaie à l'aide d'un tampon imbibé d'une solution forte de chlorure de zinc.

Enfin, il est des cas où la tumeur, très volumineuse, envoie des prolongements dans les divers interstices de la région plantaire ; la délimitation en est d'abord difficile, l'ablation complète, impossible. Nous croyons qu'alors le chirurgien est autorisé à proposer au malade l'amputation du membre à une plus ou moins grande hauteur, amputation de Pirogoff, désarticulation du pied, amputation sus-malléolaire.

Si, pendant le cours de cette opération, le chirurgien s'aperçoit que les tissus sont malades au niveau du point primitivement choisi pour la section osseuse, il devra suivre la conduite de Broca (voir Obs. IV) et pratiquer, séance tenante, une nouvelle amputation jusqu'à ce qu'il soit arrivé au milieu de tissus absolument sains.

CONCLUSIONS

1° Le sarcome des parties molles de la plante du pied est est une affection assez rare. Nous n'avons pu en réunir que dix-huit observations.

2° Son étiologie est à peu près inconnue.

3° Il ne présente pas de symptôme pathognomonique, mais un ensemble de caractères cliniques (forme arrondie, indolence, mobilité, lenteur dans le développement, peau normale et non adhérente) qui le distingue des autres tumeurs ou affections que l'on peut rencontrer dans cette région.

4° Il récidive souvent sur place, mais il ne se généralise que dans la forme mélanique et n'envahit pas les ganglions.

5° Toutes les variétés de sarcome, sauf le sarcome à myéloplaxes, peuvent se rencontrer dans cette région. On y observe, par ordre de fréquence, le sarcome fasciculé, le sarcome mélanique, le sarcome encéphaloïde.

6° Le pronostic en est toujours grave; mais il varie avec le siège superficiel ou profond de la tumeur en raison de la difficulté plus ou moins grande que présente leur ablation.

Il varie aussi avec leur structure. Par ordre de gravité

décroissante, il faut placer le sarcome mélanique, le sarcome encéphaloïde, le sarcome fasciculé.

7° Ces tumeurs ne guérissent jamais d'elles-mêmes. Il faut donc en pratiquer l'ablation. Pour cela, l'emploi des caustiques est à rejeter. L'instrument tranchant seul doit être employé. Si la tumeur est superficielle et nettement limitée, l'énucléation suivie de la dissection de la capsule pourra être faite; si elle est fortement adhérente aux tissus voisins, on l'extirpera par morcellement. Enfin, si le sarcome, développé profondément, envoie des prolongements dans les interstices voisins, de telle sorte qu'une ablation totale par les deux procédés précédents ne pourra être faite, on pratiquera l'amputation du membre.

Bordeaux, le 11 novembre 1895.
Vu, bon à imprimer :
Le Président de la Thèse,
Dr DEMONS.

Vu : *Le Doyen* :
A. PITRES
Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur :
A. COUAT.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Blum. — *Chirurgie du pied*, chap. XVI, § VIII.
Boulay. — *Archives générales de médecine*, Paris 1888, t. II, p. 159.
Broca. — *Gazette des hôpitaux*, Paris 1856, p. 468.
Chaumet. — *Union médicale de la Gironde*, 1856.
Cosserat. — Thèse Paris 1869. Tumeurs fibro-plastiques du creux poplité.
Coyne. — *Traité d'Anatomie pathologique* « Sarcome ».
Dict. de Chirurgie pratique. Art. « Sarcome et Pied ».
Dict. Encycl. des sc. méd. Art. « Sarcome et Pied ».
Duplay et Reclus. — *Traité de Chirurgie*, t. I, art. « Sarcomes » et t. VIII « tumeurs du pied », p. 1.041.
Eichhorst. — Dissert. inaug., Hall 1876.
Jardet. — *Progrès médical*, Paris, 1883, 413.
Lanelongue. — Mémoires de l'Académie de Médecine, 1867-1869. — *Histoire clinique des tumeurs fibro-plastiques*, p. 273.
Le Clerc. — *Bull. soc. chir.*, Paris, 1879, p. 619.
Marjolin. — *Bull. soc. chir.*, 1869, p. 307.
Mengarduque. — Des sarcomes aponévrotiques. Thèse de Bordeaux, 1884.
Murray. — *Edimb. M. J.*, 1881-1882, p. 726.
Nélaton. — *Gazette des Hôpitaux*, Paris, 1855, 185.
Péan. — *Chirurgie clinique*, tome VI, p. 1262.
Tillaux. — *Traité d'Anatomie topographique* « Pied. »
Trèves. — *Transactions of the paht. soc.*, London, 1888, p. 308-311.
Yersin. — *Arch. de phys. norm. et path.*, Paris, 1836, p. 421-428.

Bordeaux. — Imprimerie du Midi, P. Cassignol, 91, rue Porte-Dijeaux.